UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 6

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE

LA FORME HYPERTROPHIQUE PSEUDO-NÉOPLASIQUE

DE LA

TUBERCULOSE DES GAINES TENDINEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Novembre 1909

PAR

Pierre ROSSI

Né à Toulon (Var), le 4 juin 1886

EX-EXTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
BOSC, Professeur
JEANBRAU, Agrégé
RICHE, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Qaai du Verdanson

1909

DE

LA FORME HYPERTROPHIQUE

PSEUDO-NÉOPLASIQUE

DE LA

TUBERCULOSE DES GAINES TENDINEUSES

UNIVERSTÉ DE MONTPELLIER N° 6

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE

LA FORME HYPERTROPHIQUE PSEUDO-NÉOPLASIQUE

DE LA

TUBERCULOSE DES GAINES TENDINEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Novembre 1909

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Pierre ROSSI

Né à Toulon (Var), le 4 juin 1886

EX-EXTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

EX-INTERLE DES HOPITAUX D'AVIGNON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
BOSC, Professeur
JEANBRAU, Agrégé
RICHE, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Qaai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✲). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✲)
Cliniquemédicale		CARRIEU.
Cliniquedes maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✲).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.* | JEANBRAU, *agrégé.*
BOSC, *professeur.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

P. ROSSI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR E. FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

P. ROSSI.

AVANT-PROPOS

Il est une tradition qui nous permet de remercier, au début de notre modeste travail, tous ceux qui nous ont aidé de leurs conseils durant le cours de nos études, tous ceux qui nous ont entouré de leur sympathie. Cette tâche est bien douce pour nous ; nous sommes heureux de nous en acquitter.

Nos parents bien-aimés nous ont toujours prodigué l'affection la plus tendre. Nous n'oublierons jamais ce qu'ils ont fait pour nous, et nous nous inspirerons toujours de leur exemple.

Nous remercierons d'abord nos Maîtres de l'Ecole de médecine et des hôpitaux de Marseille, qui ont guidé nos premiers pas dans l'étude de la médecine, et, pendant nos deux années d'externat, n'ont cessé de nous témoigner leur bienveillance.

MM. les docteurs Durbesson, Pamard, Montagard et Vincenti furent, à l'hôpital d'Avignon, plutôt des amis que des chefs de service. Nous leur serons toujours reconnaissant de leurs enseignements éclairés et aussi du bienveillant intérêt qu'ils nous ont porté.

Nous remercierons nos amis et camarades d'internat de l'amitié qu'ils nous ont témoignée et que nous leur rendons bien sincèrement.

Nous n'oublierons pas nos Maîtres de la Faculté de Montpellier, dont nous n'avons malheureusement suivi

les savants enseignements que pendant trop peu de temps. Qu'ils soient persuadés que nous emportons un excellent souvenir de leurs sages et scientifiques leçons. M. le professeur Forgue a bien voulu nous confier un sujet de thèse ; il nous fait aujourd'hui l'honneur d'en accepter la présidence. Que ce Maître veuille bien recevoir nos remerciements sincères, pour la gracieuse amabilité avec laquelle il nous a toujours reçu.

Nous tenons à témoigner aussi notre gratitude à M. le professeur Bosc, et MM. les professeurs agrégés Jeanbrau et Riche, qui ont bien voulu être les juges de notre travail.

M. le docteur Massabuau, chef de clinique chirurgicale, nous a prodigué, avec une parfaite complaisance, les conseils et les renseignements ; qu'il veuille bien agréer aujourd'hui l'expression de notre profonde gratitude.

DE

LA FORME HYPERTROPHIQUE

PSEUDO-NÉOPLASIQUE

DE LA

TUBERCULOSE DES GAINES TENDINEUSES

INTRODUCTION

La tuberculose tend à absorber la majorité des synovites tendineuses chroniques. Elle se présente généralement sous quatre formes : synovites à épanchement séreux, synovites à grains riziformes, synovites à contenu visqueux et gélatiniforme, synovites à fongosités.

Exceptionnellement, elle peut créer, au niveau des gaines des tendons, un nouveau type anatomique différent des formes classiques. Le caractère hypertrophique de ses lésions, leur évolution fibreuse, réalise en quelque sorte l'aspect clinique d'une véritable tumeur solide des gaines.

Nous présenterons d'abord un cas de ce genre, observé ces temps-ci dans le service de M. le professeur Forgue, et qui est, en somme, la base du sujet de notre thèse.

Cette observation a été publiée dans la *Presse Médicale* du 23 octobre 1909, par M. le professeur Forgue, et son chef de clinique, M. le docteur Massabuau. Nous emprunterons d'ailleurs à cet article son plan, ainsi qu'un certain nombre de citations.

Après avoir fait l'étude clinique et histologique de cette forme hypertrophique, nous tâcherons de démontrer que la néoformation étudiée était bien d'origine tuberculeuse.

Nous présenterons certains types de ces formes tuberculeuses hypertrophiques, relatées par les auteurs dans différents organes, notamment au niveau des synoviales articulaires. Nous n'étudierons cependant cette forme que dans les gaines tendineuses, ce qui nous permettra de donner quelques observations de Garré, qui, en Allemagne, s'est particulièrement occupé de cette question.

Nous essayerons ensuite de prouver que certains néoplasmes, dont la genèse est encore mal élucidée, et qui ont peut-être, avec la tuberculose, une étroite parenté, doivent être rapprochés de cette forme, plutôt rare.

Nous étudierons enfin un type de dactylite syphilitique, qui a de grandes ressemblances avec la forme hypertrophique de la tuberculose des gaines tendineuses.

CHAPITRE PREMIER

Observation première

Service de M. le Professeur Forgue (*Presse médicale*, 23 octobre 1909)

« Une femme de 40 ans, domestique dans une famille où sont des tuberculeux ouverts, qui toussent et crachent, se pique, avec un couteau de table, au niveau de la gaine carpienne du fléchisseur du pouce, et voit apparaître, au lieu même de la piqûre, une petite nodosité, grosse comme un pois, qui reste stationnaire : c'est la lésion d'inoculation.

Puis, c'est la partie antibrachiale de la gaine interne de la même main, qui devient le siège d'une tuméfaction progressive, gênant les mouvements de flexion de la main et provoquant quelques douleurs spontanées. Cette lésion évolue lentement. Quand la malade entre dans le service de M. le professeur Forgue, c'est une tumeur ovoïde, du volume d'un petit œuf de poule aplati, parallèle à l'axe des tendons, dont elle masque le relief, descendant jusqu'au pli de flexion inférieur du poignet, remontant à trois travers de doigt au-dessus. Cette tumeur nous frappe par sa consistance ferme, dure, par quelques lobulations irrégulières de sa surface, par sa non-communication avec la portion palmaire de la gaine en bissac, par l'absence de toute crépitation, de tout point fluctuant, par l'adhérence intime avec le paquet tendineux.

Quelle était sa nature ? Tuberculose, ou néoplasme ? Voilà les deux éventualités que nous avons discutées... Ce n'était évidemment pas une tuberculose du type classique, synovite à grains ou synovite fongueuse. La dureté de la tumeur était une objection à cette hypothèse ; et, bien que, théoriquement, on puisse admettre comme possible l'induration d'une synovite à grains très abondants, très tassés, « à sec », et sans liquide, dans une paroi anormalement épaissie, ou d'une synovite fongueuse à évolution particulièrement scléreuse, nous jugions exceptionnel que cette condensation pût aller jusqu'à la dureté homogène de cette tumeur antibrachiale.

Donc, tout en réservant la possibilité d'une forme, anormalement densifiée par formation fibreuse, de tuberculose de la gaine interne, limitée par cloisonnement à son prolongement antibrachial, nous émettions la pensée qu'il pouvait s'agir là, d'un sarcome, peut-être d'un myélome de la gaine.

Les constatations faites au cours de l'intervention nous laissèrent dans le doute. Nous avons trouvé, après incision parallèle à l'axe de la tumeur, une masse homogène, ferme, d'un gris rosé, avec des points gris, jaunâtres, adhérente au feuillet pariétal de la gaine, et se prolongeant même par une lobulation supérieure dans les interstices musculaires ; il s'était donc produit à ce niveau une effraction de la gaine. La masse, dense, était très adhérente aux tendons et à leur méso ; cela ne rappelait en rien le tissu mou et gélatineux des fongosités, qui se laissent curetter ; pour nettoyer les tendons des fléchisseurs, il nous a fallu nous livrer à une dissection très exacte, à coups de ciseaux, et le dégagement du médian a nécessité une attentive excision.

L'étude histologique montra que nous avions affaire à une lésion tuberculeuse localisée, remarquable par sa tendance à créer un type hypertrophique et à simuler le néoplasme.

« *Etude histologique.* — Dans ses points les plus typiques, la tumeur est formée par des amas cellulaires, de forme générale assez régulièrement arrondis et séparés les uns des autres par des travées de tissu conjonctif qui s'épaissit et se condense à la périphérie des nodules, pour leur constituer une sorte de coque enveloppante.

» Le nodule lui-même est formé de fibres conjonctives nombreuses, s'entrecroisant dans tous les sens, délimitant des mailles très irrégulières, dans lesquelles s'agglomèrent des cellules de trois aspects : 1° des cellules rondes à gros noyau, de type lymphocytaire ; 2° des cellules plus volumineuses, disséminées sans ordre, possédant un ou deux noyaux, et dont le protoplasma se colore bien par les réactifs ; 3° de véritables cellules géantes, occupant tantôt le centre de la formation, tantôt situées plus ou moins à la périphérie ; les noyaux multiples sont souvent dispersés en couronne à la périphérie de l'élément ; leur protoplasma acidophile présente un contour irrégulier, avec souvent des prolongements qui vont se perdre dans le tissu voisin ; elles ont tous les caractères histologiques de cellules géantes tuberculeuses.

» Les travées conjonctives qui séparent ces nodules tuberculeux en voie de transformation fibreuse, forment de larges bandes de tissu conjonctif, fortement épaissi et hypertrophié, très peu envahi par l'infiltration embryonnaire.

» En d'autres poits, les limites des nodules sont moins nettement marquées ; il semble que les granulations confluent, et on se trouve en présence d'un tissu d'infiltra-

tion embryonnaire au milieu duquel on reconnaît, çà et là, quelques cellules géantes ; il existe, en certains points, quelques foyers de nécrose caséeuse, mais ces zones de dégénérescence sont peu étendues ; il n'existe en aucun point de véritable ulcération.

» La lésion dominante consiste dans le processus de réaction conjonctive autour des foyers tuberculeux et dans les nodules tuberculeux eux-mêmes, processus qui aboutit, dans certaines préparations, à la formation de larges placards de tissu conjonctif, riche en fibres, pauvre en cellules, non infiltré par le processus tuberculeux.

» Il y a des vaisseaux sanguins dans le tissu conjonctif de la néoformation ; leurs parois sont toujours épaissies, atteintes d'endo-périvascularite. »

On voit, d'après cette étude, que la nature tuberculeuse de cette néoformation est indiscutable. L'examen clinique pouvait bien faire penser à une tumeur néoplasique, comme il s'en développe quelquefois au niveau des gaines tendineuses. En effet, nous étions en présence d'une masse ferme, dure, avec quelques lobulations irrégulières à sa surface, qui ne présentait pas de crépitation, pas de fluctuation, et adhérait intimement au paquet tendineux. On pouvait aussi bien faire le diagnostic de tuberculose que de néoplasme. L'étiologie pouvait cependant faire pencher l'opinion vers la première hypothèse. Nous n'étions pas alors devant un type classique, d'une synovite fongueuse, ou d'une synovite à grains riziformes, par exemple. La tumeur était dure. Il est vrai que nous aurions pu avoir affaire à une de ces synovites à grains très tassés, très abondants, et sans liquide, ou bien à une synovite fongueuse à évolution scléreuse. L'opération ne nous montra pas le tissu mou et gélatineux des fongosités, mais un

tissu dense, adhérant aux tendons, de couleur gris rosé, avec quelques points gris jaunâtres.

L'examen macroscopique ne mettait donc aucune lumière dans cette solution. L'examen histologique pouvait seul venir à notre aide : il nous révéla une lésion tuberculeuse, mais une lésion un peu spéciale, une forme de tuberculose hypertrophique. En effet, nous voyons une tumeur formée par des amas cellulaires arrondis, séparés les uns des autres par des travées de tissu conjonctif épaissi et enveloppant des nodules. Ceux-ci sont eux-mêmes semblables aux nodules tuberculeux typiques. Des fibres conjonctives s'entrecroisent et délimitent des mailles dans lesquelles on trouve des cellules rondes à gros noyau, ressemblant à des lymphocytes, des cellules plus volumineuses à un ou deux noyaux, et de véritables cellules géantes. Par endroits, des foyers d'infiltration embryonnaire et des zones de dégénérescence caséeuse. Qui pourrait nier, dès lors, la nature tuberculeuse, si tous les éléments fondamentaux s'y retrouvent ? Cependant, comme le tissu conjonctif apparaît fortement épaissi et hypertrophié, nous sommes obligés, pour être plus exacts, d'ajouter le mot « hypertrophique ». Le diagnostic complet sera donc : « forme hypertrophique pseudo-néoplasique de la tuberculose des gaines tendineuses ».

Le 12 novembre 1909, la malade rentre de nouveau dans le service de M. le professeur Forgue. Elle présente, au niveau de la cicatrice de la première opération, un empâtement diffus qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pli du poignet et qui se prolonge dans la région de la gaine palmaire interne. Au niveau de la cicatrice même, on constate la présence d'une ulcération de forme irrégulièrement ovalaire, dont le grand axe vertical me-

sure de deux à trois centimètres. Le fond de cette ulcération est bourgeonnant, les bords en sont minces, et, à sa partie moyenne, existe un petit orifice fistuleux par où s'écoule une très petite quantité de liquide séro-purulent.

La malade se plaint, en outre, de douleurs extrêmement violentes, qui vont en augmentant d'intensité, s'irradiant dans la main et dans l'avant-bras.

CHAPITRE II

Le cas dont nous venons de nous occuper fait partie d'une forme bien connue : la tuberculose hypertrophique.

Un certain nombre de ces types tendent à devenir classiques. Ainsi, la tuberculose massive du cœcum peut parfois faire penser à un véritable néoplasme, et ce n'est souvent que l'examen microscopique qui permet de les différencier. Les formes hyperplasiques de l'adénopathie tuberculeuse en sont encore un exemple. D'autres types ont été étudiés, plus récemment. M. le professeur Tédenat a rencontré plusieurs cas de tuberculose hypertrophique du testicule ou de l'ovaire, qui « simulaient, à s'y méprendre, le néoplasme ». Les formes qui ont été les plus difficiles à isoler, sont les tuberculoses de l'estomac, décrites surtout par Poncet et Leriche.

Cette forme hyperplasique de l'inflammation tuberculeuse peut se retrouver dans presque tous les organes, mais elle est surtout fréquente au niveau des synoviales articulaires. Elle peut alors prendre différents aspects, que nous allons passer en revue.

Elle offre parfois le type clinique de la « synovite proliférante hyperplasique fibreuse ou tubéreuse de Kœnig ». On trouve alors au niveau de la synoviale articulaire du genou, par exemple, une ou plusieurs tumeurs de consistance dure, tout à fait analogue à celle des fibromes du

sein. Ces tumeurs sont très mobiles, avec la synoviale elle-même, qui est plus ou moins épaissie. L'examen microscopique montre avec évidence, dans cette masse grisâtre, d'aspect fibreux, des tubercules typiques en voie de dégénérescence.

Potherat rapporte l'observation du genou d'une dame qui présentait une tumeur faisant corps avec la synoviale, dont elle n'était, au reste, qu'un épaississement. Cette tumeur avait une consistance homogène et uniformément dure. Après enlèvement de cette masse, il pratique l'examen histologique et constate, au centre, une dégénérescence caséeuse manifeste, très étendue. Ce caseum est bordé par un tissu inflammatoire au milieu duquel se dessinent de nombreuses cellules géantes. En dehors de cette zone, on trouve du tissu fibreux plus ou moins enflammé, et, au milieu, un ou deux nodules tuberculeux. C'était une tuberculose de la synoviale du genou à marche lente, procédant par îlots, et s'entourant d'une énorme gangue fibreuse.

Dans une publication de Couteaud, nous retrouvons un cas à peu près semblable. Il s'agissait d'une tumeur siégeant aussi au niveau de l'articulation du genou. Elle avait la forme d'un gros testicule ; sa consistance et son aspect étaient ceux d'un fibrolipome, présentant certaines parties mollasses, d'autres plus résistantes, d'une dureté fibroplastique. A l'opération, elle se présenta sous la forme d'une masse volumineuse polypiforme, avec un long pédicule s'insérant sur la synoviale. La coupe fit voir, en son milieu, une geode de la grosseur d'un noyau de prune, pleine de magma caséeux. A l'examen, on trouva de nombreuses cellules géantes typiques. Il s'agissait donc d'une lésion à tubercules cohérents et confluents, dont les uns avaient déjà subi des dégénérescences caséeuses. Pour Cou-

teaud, ce lipome arborescent du genou était dû à la production du tissu graisseux succédant à un processus d'inflammation chronique tuberculeuse des villosités synoviales.

Le lipome arborescent n'étant pas identique à la synovite fongo-tuberculeuse, pourrait cependant être considéré comme la transformation graisseuse de cette dernière. C'est donc une altération de la synoviale, telle qu'une inflammation peut la produire. Le seul fait de la présence de beaucoup de tissu adipeux, dans ce qu'on appelle le lipome arborescent des gaines synoviales, n'autorise en aucune façon à ranger cette affection dans les lipomes. On connaît, en effet, des synovites tuberculeuses des articulations où il y a une production prédominante du tissu graisseux, et personne ne penserait, pour cela, à prendre des synovites pour des tumeurs.

Stiéda considère le lipome arborescent du genou comme un processus d'inflammation chronique des villosités synoviales, avec production de tissu graisseux. C'est encore une synovite hypertrophique et végétante, de tous points assimilable à la lésion identique qui a été décrite sur d'autres synoviales, sur les synoviales tendineuses en particulier. La prolifération végétante ne traduit que la réaction de la synoviale à l'infection, que celle-ci soit tuberculeuse ou non spécifique. La virulence est seulement atténuée et la réaction se fait sous la forme fibreuse et lipomateuse. Dans un certain nombre de cas observés, Kouzime signale l'existence de tubercules à des degrés divers de développement. Sur les douze cas de lipomes articulaires du genou, actuellement publiés, cinq fois la tuberculose était évidente, quatre fois elle existait dans le voisinage de l'articulation, trois fois elle survint tardivement dans l'article.

Diterichs et Tichoff ont publié aussi plusieurs observations de lipome arborescent des synoviales d'origine tuberculeuse.

On ne peut donc mettre en doute l'existence de l'origine tuberculeuse pour ces sortes de lipomes.

CHAPITRE III

Au niveau des gaines tendineuses, il existe aussi des types anatomo-cliniques comparables à ceux que nous venons d'observer dans les synoviales articulaires. Ce sont aussi des formes hypertrophiques proliférantes n'ayant au point de vue clinique que peu de ressemblance avec les lésions que l'on a l'habitude d'observer dans ces régions et qui feraient plutôt penser à des tumeurs du genre sarcome et myélome qu'à des formes franchement tuberculeuses. Nous sommes loin de ces synovites à épanchement séreux, à grains riziformes, à contenu visqueux et gélatiniforme et à fongosités multiples. Nous avons affaire ici à des tumeurs nettement délimitées formées d'un tissu dense, dur, parfois pseudo-fluctuant, avec un contour franchement fibreux et ayant une réaction inflammatoire. Parfois cependant le centre de la tumeur présente une cavité, mais nous n'y retrouvons ni contenu visqueux et gélatiniforme, ni grains riziformes. Les fongosités sont complètement absentes ou bien sont situées à une certaine distance de la tumeur et ne font pas corps avec elle. Elle est mobile avec les tendons qui sont en quelque sorte enclavés dans son tissu, de telle façon que la dissection en est très difficile. La peau qui la recouvre est toujours normale et n'a pas de tendance à la fistulisation ; cependant, à différents endroits de la tumeur, on voit des noyaux

qui subissent un début de caséification. La réaction embryonnaire inflammatoire paraît rester locale, car on n'a jamais remarqué une réaction ganglionnaire ; de plus, les lésions pulmonaires n'ont pas été souvent constatées.

En Allemagne, Garré s'est beaucoup occupé de ces formes et les a étudiées dans une publication parue dans « Beiträge zur klinischen Chirurgie ». Il présente un certain nombre d'observations, dont nous allons rapporter les principales et démontre qu'il existe une « synovite hyperplasique proliférante fibreuse ou tubéreuse des gaines tendineuses, due à la prolifération conjonctive réactionnelle autour de foyers tuberculeux ». Dans ces cas, la synoviale est très épaissie, les vaisseaux sont très dilatés. De sa face interne se détachent des saillies pédiculées, de forme et de volume variables, qui végètent dans la cavité de la séreuse et la comblent en la distendant. Elle forme alors une tumeur tantôt dure, tantôt molle et pseudo-fluctuante suivant le nombre de ces proliférations et la tension du liquide, lorsque ce dernier existe. Quelquefois uniques, le plus souvent multiples, elles peuvent siéger sur les gaines tendineuses les plus éloignées. Elles sont généralement entourées d'une capsule fibreuse à parois très denses où les granulations et les cellules géantes sont assez rares. Ce tissu présente des assises concentriques fortement vascularisées ; les parois de ses vaisseaux sont très épaissies et ont une tendance à la sclérose. Garré affirme même qu'en certains endroits, la tumeur prend l'aspect d'un « angiome ». Des franges partent de la face externe de la masse principale et vont s'insinuer dans les tissus voisins. Elles sont implantées tantôt par une large base, tantôt par un long pédicule. Généralement, elles sont gonflées, de consistance assez molle et prennent la forme de massues ; ce

gonflement est dû à des foyers d'infiltration de cellules rondes. Les cellules géantes sont ordinairement peu nombreuses et parfois sont totalement absentes. La partie superficielle de cette masse est recouverte d'un épithélium stratifié. A certains endroits, la tumeur et les franges présentent des commencements de caséification. La cavité de la synoviale contient quelquefois un liquide séreux, louche, avec quelques grains riziformes. Sur les tendons, cependant, on trouve des granulations tuberculeuses, et quelques fongosités, que l'on peut assez facilement enlever. Ce sont donc bien là des lésions tuberculeuses, puisque nous y voyons les principaux éléments qui les constituent : granulations, cellules géantes, fongosités. Cependant, il manque un point important, qui confirmerait plus fortement le diagnostic : c'est l'examen bactériologique. Or, Garré ne mentionne nulle part la présence du bacille de Koch dans ses préparations.

Il s'étend longuement sur les récidives, malheureusement trop nombreuses, de ces sortes de tumeurs, et démontre que, malgré toutes les précautions prises : une extirpation très large et très consciencieuse, un curettage soigneux, l'emploi de l'éther iodoformé, ces récidives se reproduisent à peu près toujours, au bout de quelques mois ou de quelques années. L'aspect, alors, n'est plus le même, et, au lieu d'une masse nettement circonscrite, ce sont des masses fongueuses envoyant des ramifications un peu partout. La peau se fistulise, s'ulcère, et, du fond de cette ulcération, montent de gros bourgeons charnus, mous, rosés, qui n'ont qu'une tendance : l'envahissement. Il ajoute même que ces récidives sont, en quelque sorte, une nouvelle confirmation de la nature tuberculeuse de ces lésions, puisqu'elles présentent toujours, alors, des fongosités et des parties en voie de caséification.

Il a cependant constaté quelques cas de guérison, mais il se demande s'ils seront durables, et si, un jour ou l'autre, ils ne suivront pas l'exemple de la majorité.

Observation II

Garré (B. zur kl. Chir.).

Ziegler Sophie, 23 ans. Fongosités des gaines tendineuses des extenseurs communs des doigts, aux deux mains.

A l'âge de huit ans, on lui enlève des ganglions cervicaux tuberculeux. En septembre 1887, début de l'affection, à gauche. En novembre 1887, début à droite, par nodosités douloureuses et mobiles. Les doigts sont libres, mais vite fatigués.

20 *juillet* 1888. — Sur la face dorsale des deux mains, tumeur plate, demi-sphérique, de cinq centimètres et demi de diamètre, s'étendant du milieu des os du carpe jusqu'au dessus du poignet. Sur l'épiphyse du radius, une deuxième tumeur, plate, de la grosseur d'une noix, mobile avec les tendons. Peau normale. Pseudo-fluctuation.

23 *juillet* 1888. —Opération : incision longitudinale de 12 à 14 cent. La tumeur, traversée par les tendons, est entourée d'un tissu cellulaire lâche. Elle renferme au centre une cavité remplie d'un liquide séreux, louche. La paroi interne est formée d'un tissu fibreux, rougeâtre et lisse, qui recouvre en partie les tendons. La gaine tendineuse est épaissie et subit une dégénérescence fongueuse de un centimètre. On extirpe consciencieusement les parties tuberculeuses, en ménageant les tendons. Les tendons de

l'extenseur et de l'adducteur du pouce ne sont pas atteints. L'état est à peu près le même aux deux mains ; seulement, du côté droit, l'émergence du tendon du muscle long extenseur est entourée de fongosités, bien qu'il n'y ait pas de communication visible avec la gaine tendineuse générale. Aucun foyer osseux tuberculeux. Le poignet est isolé et intact. Solution iodoformée ; drains ; suture de la peau et pansement compressif. Guérison complète, sans réaction. Fonction des doigts normale, quoique, à un endroit, les tendons soient adhérents à la peau. Pas de ganglions dans l'aisselle. En automne 1890, examen de la malade : état excellent.

Examen microscopique. — Tumeurs à tissu très dense avec peu de granulations et de rares cellules géantes. Ce tissu présente des assises concentriques fortement vascularisées. Les parois des vaisseaux sont épaissies. Pigmentation médiocre. La couche veloutée présente sur le ligament du carpe, des franges fines, richement vascularisées (comme un angiome). Les franges ont, tantôt une base large, tantôt sont implantées par un pédicule. Elles sont gonflées en forme de massue par des foyers d'infiltration (cellules rondes). Pas de cellules géantes. Leur surface est recouverte d'un épithélium. Elles sont soutenues par des fibres tendineuses superficielles.

Observation III

Garré (B. zur kl. Chir.).

Weser Charles, 33 ans, mécanicien. Fongosité primitive des extenseurs de la main gauche. Il y a deux ans, fracture des métacarpiens. Depuis six mois, gonflement crois-

sant sur les tendons des extenseurs de la main gauche, légèrement douloureux.

En juillet 1888, tumeur plate, mobilisée avec les tendons, s'étendant du milieu du métacarpe jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du poignet ; de consistance molle et élastique ; est rétrécie par le ligament dorsal du carpe ; près de l'épiphyse radiale, une tubérosité du volume d'une grosse noix, avec fluctuation nette ; peau légèrement rougeâtre et sensible ; pas de ganglions tuberculeux. Etat général très bon ; poumons suspects. Sa femme est morte de laryngite tuberculeuse.

23 *juillet* 1888. — Incision longitudinale de 12 à 14 centimètres, s'étendant sur le milieu de la face dorsale de la main et de l'avant-bras. Incision du ligament dorsal du carpe. On enlève du tissu fongueux. Les tendons sont inclus. La cavité de la synoviale n'est pas complètement oblitérée ; elle contient une petite quantité d'un liquide séreux et quelques grains riziformes. Les tendons sont entourés d'un tissu fibreux de 7 millim., d'une couleur jaunâtre, avec quelques franges. Les parois de la gaine des tendons sont épaissies de un demi-centimètre à un centimètre et demi. Les fongosités ont de beaucoup dépassé les limites normales des sacs synoviaux. En haut, par exemple, elles s'étendent jusqu'au commencement des fibres musculaires. Les tendons se laissent isoler de cette enveloppe ; ils ont perdu leur éclat normal et sont dentelés. Le tendon du cinquième doigt est entouré de fongosités. La gaine synoviale de l'extenseur de l'annulaire est aussi malade ; elle entoure un liquide séreux, avec grains riziformes. Le tendon lui-même est entièrement parsemé de granulations tuberculeuses. On le résèque sur une étendue de quatre centimètres. La gaine du long extenseur du pou-

ce n'est prise qu'en partie. Après enlèvement complet des parties fongueuses, on injecte une solution iodoformée, on draine, la peau est suturée immédiatement. Durée : trois quarts d'heure.

Le malade est soigné dans une policlinique. Guérison complète. L'extension active des doigts est cependant imparfaite pendant longtemps. La cicatrice de la peau adhère aux tendons. Ce n'est qu'après six semaines que le malade peut reprendre son travail. Les doigts peuvent alors être complètement étendus, mais l'extension du poignet sur l'avant-bras reste au-dessous de la normale. La main a conservé sa force et le malade peut continuer son travail de mécanicien. Etat général très bon.

Janvier 1889. — Depuis quatre à six semaines, une tumeur molle, élastique, de la grosseur d'un œuf de pigeon, s'est formée dans la « tabatière ». Elle est enlevée, avec anesthésie locale à la cocaïne.

Février 1890. — Récidive au même endroit. Le tendon du court extenseur du pouce subit la dégénérescence fongueuse ; il doit être réséqué. L'affection s'est aussi étendue le long de l'extenseur du troisième doigt, sur une étendue de quatre centimètres, à partir du poignet. Extirpation de cette partie. Guérison. Les mouvements se rétablissent, sauf l'abduction du pouce, qui est empêchée. Le malade peut travailler au bout d'un mois.

Examen microscopique.— La tumeur est entourée d'une capsule fibreuse. La masse principale est un tissu dur, parsemé de tubercules typiques. Vers les tendons, l'infiltration de cellules rondes augmente et certains endroits commencent à se caséifier. On trouve aussi de nombreux tubercules, avec de grandes cellules géantes.

Observation IV

Garré (B. zur kl. Chir.).

Weibert Jeanne, 45 ans, femme de chambre. Tuberculose des gaines tendineuses des extenseurs communs de la main droite. Début après un effort, il y a environ deux ans.

Il se forme alors, à la face dorsale de la main, sur le tendon de l'extenseur de l'index, une tumeur plus grosse qu'une noix. Elle est excisée par un médecin. Deux mois après, récidive. Actuellement (octobre 1889), on trouve une grosse tumeur hémisphérique sur la face dorsale et un des côtés de l'avant-bras. Elle est divisée par le ligament dorsal du carpe ; elle est molle, élastique, en partie fluctuante. Une tumeur semblable se développe sur le tendon du long abducteur du pouce et du court extenseur. Peau normale. L'extension des doigts est empêchée.

21 *octobre* 1889. — Enlèvement de la tumeur fongueuse et incision du ligament dorsal du carpe. Elle renferme, au centre, une petite cavité avec liquide séreux et flocons fibrineux ; pas de grains riziformes. La branche dorsale du nerf radial qui innerve le pouce est coupée ; elle est rapprochée, dans la suite de l'opération. Guérison en huit jours ; les mouvements des doigts restent bons.

Examen microscopique. — Tissu lâche, fortement vascularisé, peu de foyers d'infiltration de cellules ovales ou rondes, tubercules isolés. Capsule fibreuse autour de la tumeur.

Legueu a rencontré un cas assez analogue à ceux pré

cédemment décrits par Garré. C'était une synovite végétante d'origine bacillaire. Les franges de la synoviale étaient très épaissies. On trouvait à leur surface une couche de nécrose, de coagulation, recouvrant un revêtement épithélial. Les couches sous-jacentes étaient formées de travées de tissu fibroïde, disposé tantôt sous forme de faisceaux rubannés et entrecroisés de fibres élastiques, tantôt sous forme de plaques fibreuses très épaisses et très nombreuses. Ces couches superposées étaient essentiellement formées d'éléments de tissu conjonctif hypertrophié et sclérosé.

Un grand nombre de granulations tuberculeuses isolées ou confluentes étaient disséminées dans toute l'épaisseur de la coque. Elles présentaient l'aspect de nodules caséifiés à leur centre et contenant une ou deux cellules géantes ; elles offraient toutes les phases de l'inflammation tuberculeuse, depuis le follicule composé d'éléments embryonnaires jusqu'à la dégénérescence caséeuse. Il faut ajouter que le tissu graisseux constituait une partie de cette tumeur.

C'était donc une « forme mixte, une synovite hyperplasique tuberculeuse, à la fois fibreuse et graisseuse, puisque le tissu adipeux entre pour une large part dans la constitution des néoformations hypertrophiques ».

Une observation de Smolk fait mention de granulations tuberculeuses développées sur la séreuse en même temps que des végétations papillomateuses.

En somme, « dans la plupart des cas de tuberculoses synoviales hypertrophiques, les lésions sont infiltrées, diffuses et végétantes, mais on peut trouver tous les intermédiaires, depuis des formes très extensives et disséminées, jusqu'à des formes plus localisées, véritables tumeurs tuberculeuses ». On comprend donc très bien com-

bien il est difficile, à première vue, de faire un diagnostic exact de ces tumeurs, d'autant plus que, dans la plupart des cas, on se trouve en présence de sujets qui n'avouent ou ne présentent aucune lésion tuberculeuse, soit héréditaire, soit acquise. Dans ces conditions, les examens histologiques et bactériologiques peuvent seuls venir en aide à la clinique et différencier ces formes si voisines.

CHAPITRE IV

Dans le cas que nous avons présenté au début de ce travail, nous avions une petite tumeur massive, solide, de la gaine antibrachiale des fléchisseurs. Son évolution lente, son peu d'extension, l'absence de réaction inflammatoire superficielle lui donnait plutôt l'aspect d'une lésion néoplasique.

Or, nous avons déjà parlé tout à l'heure d'un certain type de tumeur désigné sous le nom de myélome. Avec tous les caractères cliniques que nous avons exposés ne pourrions-nous pas conclure, d'après l'aspect macroscopique, que nous étions en présence d'une de ces tumeurs décrites par Heurteaux ? En effet, notre tumeur était petite, siégeait au niveau de la gaine des fléchisseurs de la main ; sa surface était lobulée ; elle adhérait intimément au tendon, était mobile avec lui et avait tout à fait un caractère de bénignité, puisque son extension n'était pas rapide et que la réaction ganglionnaire n'existait pas. Notre diagnostic pouvait donc être « myélome de Heurteaux ». Cependant l'examen histologique nous révéla sa nature tuberculeuse. Frappés de ce fait et de la ressemblance clinique parfaite de ces deux lésions, nous nous sommes demandé si certaines tumeurs décrites jusqu'à ce jour comme myélomes des gaines n'étaient pas aussi d'origine bacillaire.

Nous allons donc reprendre à cet effet les différents ca-

ractères assignés à ce type de myélome individualisé par Heurteaux et Malherbe, et tenter d'unifier les deux formes.

D'après ces auteurs, les myélomes sont, cliniquement, des tumeurs n'atteignant jamais un volume considérable, du volume d'une noix généralement, et ayant un accroissement lent. Ils occupent le plus souvent la face palmaire de la main ou du doigt sur lequel ils se sont développés et « siègent presque uniquement au niveau de la gaine des fléchisseurs ». Une membrane fibreuse très dense les entoure et les enkyste parfaitement ; elle envoie des travées de tissu fibreux qui parcourent la tumeur dans tous les sens et la cloisonnent, la divisant ainsi en un certain nombre de petits lobules où l'on trouve les éléments caractéristiques de la tumeur. La coupe est rougeâtre ou jaunâtre, sa consistance variable, tantôt molle et fluctuante, si bien que l'on peut penser à un kyste synovial, tantôt assez dure. Souvent, une grande partie du tissu pathologique est transformée en graisse et présente alors une couleur grise. La plupart de ces tumeurs sont plus ou moins pigmentées (caractère que Garré a trouvé dans un de ses cas), leur adhérence au tendon est intime. Ce sont enfin des tumeurs bénignes, « caractère qui paraît paradoxal pour des sarcomes ».

Histologiquement, on rencontre trois sortes de cellules constantes, sans compter les cellules graisseuses, et de petits amas de cellules rondes embryonnaires d'origine irritative. Ce sont : 1° des cellules myéloïdes ; 2° les myéloplaxes ; 3° des cellules fusiformes ou légèrement étoilées appartenant au tissu conjonctif de soutien.

Pour Malherbe, deux éléments surtout les caractérisent et les différencient des sarcomes à myéloplaxes des os. Ce sont :

1° « L'existence d'un stroma de tissu conjonctif bien dé-

veloppé, renfermant des vaisseaux à parois normales ou épaissies. » Cependant, il faut avouer que plusieurs fois on a trouvé des vaisseaux embryonnaires ayant une ressemblance parfaite avec ceux du sarcome.

2° « La présence dans ce stroma de cellules conjonctives embryonnaires, et surtout de cellules géantes. Ces dernières n'auraient pas le type du myéloplaxe des sarcomes, véritable myéloplaxe géant, pathologique, mais le type du myéloplaxe de la moelle osseuse en activité, myéloplaxe moins volumineux, normal ».

D'après Bonjour, élève de Heurteaux et de Malherbe, le myélome est formé d'un tissu fibreux dont les nappes sont disposées en tourbillon. Le centre de chacun de ces tourbillons contient un capillaire dilaté dont la lumière est remplie par une cellule géante, à noyaux multiples et tassés les uns sur les autres. Par places, les myéloplaxes sont groupés en îlots.

Depuis 1897, aucune étude nouvelle n'a été faite, « aucun travail d'ensemble n'est venu soumettre à une sérieuse critique la doctrine de l'Ecole de Nantes ». Personne n'a « précisé à nouveau la nature de ces tumeurs spéciales aux gaines des tendons, voisines des sarcomes à myéloplaxes des os et bien différentes d'eux cependant ».

A l'heure actuelle, on essaye, au contraire, de disloquer et de démembrer ce groupe des « myélomes des gaines ». On tente de les placer dans d'autres groupes de néoformations ; c'est ce que nous avons voulu faire.

D'ailleurs, il faut reconnaître que plusieurs de ces tumeurs ne se développent pas primitivement dans les synoviales des tendons, mais ont une origine osseuse ou tout au moins périostique. Cependant, pour quelques myélomes, cette origine osseuse est indiscutable, probable pour d'autres, car comment expliquerait-on la présence de cellules

du type médullaire ? En effet, entre les myélomes des gaines tendineuses et les myélomes osseux proprement dits, il peut exister une variété intermédiaire développée à la fois et dans l'os et dans les gaines tendineuses, les deux tumeurs étant reliées par un pédicule. On est obligé d'affirmer que cette tumeur est manifestement d'origine osseuse. Il serait inadmissible qu'un myélome primitif des gaines tendineuses envoyât secondairement un pédicule dans le canal central de l'os. Elle s'est d'abord développée dans la partie médullaire de l'os, sans en altérer aucunement sa forme, ni sa consistance ; puis elle a usé un point de sa substance compacte pour se rendre au dehors. Là, elle a envahi et détruit les gaines tendineuses, respectant les tendons et le périoste, conservant toujours son pédicule qui le reliait à son point d'origine médullaire.

Malgré tout, la question du point de départ de ces tumeurs est très controversée. Malherbe le place dans le tissu fibreux des gaines téno-synoviales. Venot a observé un cas où la tumeur avait nettement pris naissance dans le tissu osseux d'une phalange. Ombrédanne a réuni récemment 14 cas de myélomes. Sur ces 14 observations, 8 seulement donnent des détails et des indications sur les connexions de la tumeur constatées pendant l'opération. Sur ces 8 cas utilisables, une fois il est noté qu'il n'existait pas d'adhérences autre part qu'à la gaine synoviale. (Pilliet et Mauclaire). Sur les 7 autres cas, trois fois on constata l'existence d'un prolongement entre les tendons fléchisseurs et la phalange (ce sont 3 observations d'Heurteaux) ; quatre fois on nota le point de départ osseux (2 observations de Bonjour, une de Heurteaux, et celle de Venot) ; à tel point que Heurteaux et Bonjour firent des amputations : Bonjour, dans le deuxième cas, enleva la portion osseuse correspondante.

Il faut cependant admettre que ces myélomes à connexion osseuse ne sont pas les seuls observés et qu'il en existe d'autres absolument indépendants. Ils sont alors limités à la gaine tendineuse aux dépens de laquelle ils se sont développés et ne présentent aucun pédicule.

Ce sont justement ceux-là dont la nature et la genèse sont difficiles à interpréter, ce sont ceux que nous allons essayer d'identifier avec les formes hypertrophiques de la tuberculose.

En effet, il paraît très naturel et on comprend très nettement qu'il existe des myélomes dans les os, puisque ces tumeurs ont la même structure que le tissu médullaire osseux. Ce que l'on comprend moins bien, c'est qu'il puisse exister dans le tissu conjonctif ou dans une séreuse une tumeur formée de cellules de la moelle osseuse et surtout qu'elle ait pu s'y développer primitivement sans connexion. On a cependant tâché de donner de ces faits une explication logique et on a mis en présence deux hypothèses qui paraissent assez vraisemblables :

« 1° Ou bien il faut admettre que la cellule conjonctive qui prolifère dans le sens néoplasique peut, par une sorte de kataplasie, évoluer vers le type médullaire pour former un myélome, comme elle peut évoluer vers le type cartilagineux ou vers le type osseux pour faire un chondrome ou un ostéome ;

» 2° Ou bien les cellules géantes de ces tumeurs ne sont pas de vraies cellules médullaires, ne présentent qu'une analogie morphologique plus ou moins frappante avec les myéloplaxes et les médullocèles ; le nom de myélome ne convient pas alors aux tumeurs qui les renferment. »

La première hypothèse est difficile à soutenir. « L'existence de chondromes ou d'ostéomes développés primitivement dans le tissu conjonctif par pure métaplasie de la

cellule conjonctive, sans intervention d'un tissu ostéogénique, n'est pas encore solidement démontrée. De plus, on comprend mal cette prédilection des prétendus myélomes pour les séreuses péritendineuses alors qu'on ne les rencontre pas au niveau des autres séreuses de l'économie. »

La deuxième hypothèse doit retenir davantage notre attention.

CHAPITRE V

Lorsque nous faisons l'étude de cellules géantes appartenant à diverses lésions, il nous est souvent difficile de préciser exactement à quel type chacune d'elles appartient. Elles ont, en effet, comme pas mal de cellules, qui composent les tissus de nos différents organes, un grand nombre de caractères communs. Prise isolément, la cellule géante tuberculeuse diffère bien peu d'une cellule géante syphilitique ou de celle d'un nodule sporatrichosique. Dans chacune d'elles nous retrouvons les mêmes éléments : des noyaux multiples, un corps finement granuleux, éosinophile, trouble, opaque, à contours plus ou moins irréguliers. La distinction entre les « myéloplaxes et les cellules géantes de certains endothéliomes ou sarcomes, ou même les cellules géantes épithéliales que forme quelquefois le cancer », est parfois très difficile à faire.

Leurs grandes dimensions et la multiplicité de leurs noyaux forment aux cellules géantes des tumeurs myéloïdes et à celles des follicules tuberculeux un caractère commun. Cependant, on peut trouver de légères différences dans l'assemblage de leurs noyaux. En effet, « tandis que dans le myéloplaxe ces noyaux sont disséminés sans ordre au sein du protoplasma, dans la cellule géante tuberculeuse, ils sont disposés régulièrement à la périphérie de l'élément, parfois en une rangée circulaire, d'autres fois

sous forme d'un croissant dont la partie la plus large occupe l'un des pôles de la cellule ». Un autre caractère qui, souvent, permet de la différencier, c'est la présence ou l'absence du microbe spécifique. Ainsi, dans la plupart des cellules géantes tuberculeuses, on peut mettre en évidence des bacilles de Koch qui se trouvent ordinairement au centre de la cellule.

D'ailleurs, dans tous les éléments cellulaires en état de suractivité fonctionnelle, nous pouvons retrouver la cellule géante. Elle est, en effet, un moyen de défense des tissus contre l'inflammation et « est réalisée dans le but d'une phagocytose plus active ». Elle arrive à ce résultat par une simple hypertrophie de son protoplasma et par une division plus ou moins intense de son noyau. C'est pour cette raison que dans presque tous les processus inflammatoires nous retrouvons de nouvelles formations renfermant des cellules multinucléées.

C'est pourquoi certains auteurs, tels que Poncet, Dor et Bonhomme, ont pensé que ces tumeurs, qu'Heurteaux désignait sous le nom de myélomes, pouvaient bien n'être que des réactions inflammatoires. Ils firent des recherches et basèrent leur argumentation sur « des considérations d'ordre étiologique et anatomo-pathologique ». Pour eux, la présence des cellules géantes au sein des tumeurs myéloïdes des gaines tendineuses et l'étiologie de ces tumeurs sont déjà des éléments d'une importance considérable en faveur de leur nature inflammatoire. De toutes les lésions qui peuvent affecter les gaines tendineuses, les lésions inflammatoires sont de beaucoup les plus fréquentes. Aussi, voit-on la tuberculose avoir une sorte de prédilection pour ces gaines, et y former un certain nombre de types dont nous nous sommes déjà occupé. Cette localisation se comprend facilement si l'on songe que ces organes ont des

fonctions multiples, qu'ils subissent des froissements innombrables, que, par leur siège superficiel, ils sont exposés à toutes les causes d'irritation et d'inflammation.

C'est un argument de plus en faveur de la forme que M. le professeur Forgue a rencontrée et ses conclusions montrent bien que la tuberculose qui est, dans ce cas, une inflammation chronique par excellence, a pu réaliser au niveau des gaines tendineuses une tumeur qui, par ses caractères physiques et macroscopiques, aurait dû être classée parmi les myélomes. Seule l'étude histologique pouvait nous renseigner sur sa véritable nature. Elle montrera, en effet, « à côté de proliférations conjonctives et de lésions vasculaires semblables à celles des myélomes, l'existence de lésions tuberculeuses spécifiques ».

Devant une telle preuve, on est en droit de se demander si cette distinction entre les myélomes et ces lésions tuberculeuses est bien réellement justifiée et doit être conservée. Sommes-nous vraiment en présence de deux lésions complètement différentes ? Il semblerait qu'on puisse penser à une certaine unité entre elles et qu'il ne faudrait voir dans leurs différences qu'une question d'état. La tuberculose pourrait réaliser ces deux états. Elle formerait alors « des tumeurs qui, se présentant toujours avec les mêmes caractères cliniques, renfermeraient, dans un cas, des lésions tuberculeuses folliculaires typiques, comme dans notre observation, dans un autre des lésions plus diffuses, non folliculaires, à cellules géantes, disséminées et moins caractéristiques, comme on le voit dans les myélomes ».

Le professeur Pierre Delbet, se plaçant au point de vue plus général des tumeurs sarcomateuses, s'est fait le défenseur de cette hypothèse.

« On range cliniquement dans les sarcomes, disait-il en 1897 dans son Traité de chirurgie clinique, bien des cas de

tumeurs tuberculeuses, c'est-à-dire engendrées par le bacille de Koch. La distinction n'est, d'ailleurs, pas facile, ni au point de vue clinique, ni au point de vue anatomo-pathologique. »

Et il cite à l'appui de cette affirmation une bien curieuse observation qui doit nous intéresser particulièrement, puisqu'il s'agit d'une tumeur à myéloplaxes.

« Ayant observé chez un jeune garçon une tumeur de la partie inférieure du fémur, il en préleva un fragment dont l'examen histologique fut fait par Cornil, qui porta le diagnostic de sarcome à myéloplaxes. La désarticulation de la hanche fut pratiquée. L'enfant guérit, n'eut jamais de récidives. Cornil ayant conçu quelques doutes sur la nature de cette tumeur, reprit alors son étude, y trouva des bacilles de Koch et conclut à sa nature tuberculeuse. »

On voit donc quel intérêt considérable a pour la chirurgie cette différenciation des tumeurs d'origine tuberculeuse. Au premier examen, Cornil avait diagnostiqué sarcome à myéloplaxes, ce qui obligea M. Delbet à pratiquer la désarticulation de la hanche. Ce n'est que le manque de récidives qui donna l'éveil à Cornil et lui fit faire un deuxième examen, où, cette fois, la présence de bacilles de Koch élucida complètement le diagnostic.

Dans une de ses dernières communications à la Société de chirurgie, M. Delbet reprit cette question et affirma à nouveau sa conviction que « certaines tumeurs à myéloplaxes ne sont que des formes de tuberculose, et qu'il y a une relation entre les myéloplaxes et les cellules géantes ». Les cellules géantes ne donneraient à toutes les productions où on les rencontre qu'un caractère commun, celui d'être d'origine inflammatoire. Les recherches anatomo-pathologiques, auxquelles se sont consacrés tant d'au-

teurs, pourraient apporter une ferme affirmation à ces conclusions. La tuberculose, en effet, peut prendre un certain nombre de formes qui paraissent plus ou moins éloignées les unes des autres. Elle peut simuler, entre d'autres, la structure de certaines tumeurs grâce aux réactions conjonctives non folliculaires qu'elle peut susciter. Gougerot vient de le démontrer en particulier pour des tumeurs qui lui avaient fait penser plutôt à des néoplasmes nettement établis qu'à des lésions tuberculeuses. Il s'agissait d'un lymphadénome de la peau, d'un lympho-sarcoïde, d'une tumeur fibreuse et même d'un sarcome fusocellulaire. L'examen histologique lui montra que ces soi-disants néoplasmes n'étaient que des formes tuberculeuses avec cellules géantes, et dont quelques-unes renfermaient des bacilles de Koch.

Nous pouvons affirmer aussi que « la tuberculose peut réaliser le type exact de la tumeur à myéloplaxes avec, non seulement l'aspect clinique et macroscopique, comme dans notre observation, mais aussi l'aspect histologique ». On peut retrouver même des tumeurs dans lesquelles les deux formes se présentent l'une à côté de l'autre. L'observation de Cornil, que nous avons rapportée précédemment, pouvait nous y faire penser, mais un cas observé récemment par Delbet et Gougerot, nous donnera une démonstration beaucoup plus précise.

« Dans un tuberculome sous-cutané du doigt, ces deux auteurs ont observé côte à côte : en certains points, la structure des follicules tuberculeux ; en d'autres, la structure d'une tumeur à myéloplaxes. »

« On note, dit Gougerot, toutes les transitions entre les cellules géantes tuberculeuses et les grandes cellules, véritables myéloplaxes... Cette structure semble prouver que

le bacille de Koch peut réaliser des lésions histologiques identiques à celles des tumeurs à myéloplaxes. »

Le professeur Delbet fit alors de nombreuses recherches bactériologiques et inocula ces tumeurs à myéloplaxes, mais toutes ces inoculations restèrent négatives. De sorte qu'il manque encore un point de précision à ces intéressantes constatations anatomiques. Malgré l'absence de cette démonstration, qui nous paraît nécessaire pour affirmer avec plus de conviction la nature de ces lésions, il est cependant très plausible de soutenir cette hypothèse « de la possibilité de l'origine tuberculeuse de certaines tumeurs classées comme myélomes ».

D'autres observations cliniques et anatomo-pathologiques surtout viendront, nous l'espérons, affirmer et vérifier cette opinion, et ajouter un jour nouveau à ces formes qui paraissaient si éloignées.

CHAPITRE VI

Il nous reste maintenant à dire quelques mots sur un type de tumeur que l'on désigne sous le nom de « dactylite syphilitique à forme de tumeur des gaines ». L'histoire de cette lésion est actuellement assez bien connue grâce aux nombreux travaux de Chassaignac, de Taylor, et dans ces dernières années, de M. Gaucher et un de ses élèves, M. Noir. Nous savons combien parfois il est difficile d'en faire le diagnostic. Nous allons d'ailleurs le montrer en nous servant d'une observation publiée par MM. Nicolas, Durand et Moutot, dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Nous verrons enfin les grandes ressemblances qui existent entre cette lésion et la forme hypertrophique de la tuberculose des gaines tendineuses, passant sous silence les myélomes, puisque nous les avons fait rentrer dans la classe précédente.

Il s'agissait d'un homme de 29 ans, qui se présentait à la clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'Antiquaille de Lyon avec une tuméfaction de la première phalange de l'index gauche, accompagnée d'une ulcération bourgeonnante de la face palmaire de cette même phalange.

Dans ses antécédents, on note une adénite cervicale à 15 ans et une ulcération syphilitique du gland à 25 ans. Le début s'est fait par quelques douleurs, une tuméfaction

progressive de la phalange et ulcération à la face palmaire, sans pus.

A l'examen d'entrée, la tuméfaction est fusiforme et ne s'étend pas du côté de l'articulation métacarpo-phalangienne. La phalange est élargie, à une coloration rosée, sans chaleur, sans douleur. Sur la face dorsale, la peau est tendue, lisse, brillante, mais sans apparence de pus collecté. A la face palmaire, on constate « une ulcération régulièrement arrondie, d'environ un centimètre de diamètre, profonde, à bords déchiquetés, ni décollés, ni taillés à pic, ulcération d'où émerge un gros bourgeon, arrondi en champignon. Pas de bourbillon. Pas de suppuration franche. Ganglions épitrochléens et axillaires du côté correspondant engorgés, gros comme des noisettes ; ganglions axillaires du côté droit ».

Lors de l'intervention, on constate un épaississement de la gaine synoviale des fléchisseurs avec « nombreux bourgeons translucides, sans fongosités, ni pus. L'intérieur de la gaine est indemne, le tendon est sain, nacré. Le squelette de la phalange est sain également ».

L'examen histologique est pratiqué par MM. Paviot et Bériel. « Les coupes montrent un stroma fibrillaire infiltré d'éléments cellulaires très nombreux et de formes très variables. Les uns sont petits, à protoplasma pauvre, comme des cellules inflammatoires ; d'autres sont plus volumineux et donnent l'aspect de cellules épithélioïdes. En certains points ces derniers éléments sont groupés en amas, au sein desquels quelques cellules s'allongent ou confluent, arrivant à former des éléments multinucléés. Ils n'ont cependant pas les caractères des cellules géantes ; il ne s'agit pas de tuberculose. Il y a, par contre, toutes probabilités pour qu'on soit en présence de lésions probablement parasitaires ou infectieuses, dites : myélome des gaines ».

La plaie ne se cicatrise pas et augmente d'étendue, avec décollements et une masse de bourgeons charnus, mous et transparents, du volume d'un œuf de pigeon, ce qui fait penser à une « récidive sarcomateuse rapide ».

L'un des chirurgiens, frappé des antécédents syphilitiques du malade et surtout du caractère histologique de la tumeur, pensant que l'on était peut-être en présence d'une lésion syphilitique, institua le traitement spécifique intensif, et très rapidement la lésion s'améliora. On était bien en présence d'un accident syphilitique.

Cependant, la question du diagnostic était très délicate, puisque l'étude clinique et l'étude anatomo-pathologique avaient été, en somme, une cause d'erreur ; l'étiologie et le traitement seuls vinrent l'éclaircir. Devant tous ces symptômes, une pensée vient à l'esprit : n'aurions-nous pas affaire à une tuberculose hypertrophique ou à un myélome ?

En effet, le début est à peu près le même : par de légères douleurs et une tuméfaction progressive. Un caractère toutefois est différent, c'est la présence d'une ulcération dans un cas et son absence dans un autre. Il est vrai que dans la récidive de notre observation, nous trouvons la même ulcération à fond bourgeonnant. La réaction inflammatoire des ganglions existe ici avec tout son cortège symptomatique ; réaction absente dans notre forme hypertrophique. Dans les antécédents du patient, nous trouvons une adénite cervicale suppurée, qui pourrait faire penser à une tuberculose, mais il existe aussi des accidents syphilitiques primitifs et secondaires.

L'examen histologique devait servir surtout au diagnostic, puisque les inoculations n'avaient donné que des résultats négatifs. Il montra un stroma fibrillaire avec des cellules inflammatoires, des cellules épithélioïdes et des

cellules multinucléées ; mais ces dernières n'avaient pas les caractères des cellules géantes. On devait donc exclure l'idée de tuberculose, d'autant plus que le traitement syphilitique venait de démontrer la nature de la lésion.

Il était cependant intéressant de faire le parallèle entre ces deux affections, et de montrer l'analogie qui existait entre elles. Bien plus, nous voyons combien il est important d'en faire le diagnostic. En effet, tandis que l'accident syphilitique guérit très bien sans intervention sanglante, avec son seul traitement, il n'en est pas de même pour la tumeur tuberculeuse, qui exige une extirpation large, qui, malheureusement trop souvent, n'empêche pas les récidives.

CONCLUSIONS

Nous résumons ici, sous une forme concise, une sorte de table des matières développées au cours de ce travail.

I. — La tuberculose peut créer au niveau des gaines tendineuses un type anatomique qui diffère des formes classiques par le caractère hypertrophique de ses lésions, leur évolution fibreuse, et qui réalise l'aspect clinique d'une véritable tumeur solide des gaines.

II. — On peut rencontrer ce type dans d'autres organes.

III. — Cette forme hypertrophique pseudo-néoplasique a de grandes analogies cliniques et macroscopiques avec les myélomes de Heurteaux.

IV. — On peut cependant soutenir que les deux types anatomiques peuvent être réalisés par la tuberculose et qu'il y aurait une relation entre les myéloplaxes et les cellules géantes.

V. — La tuberculose pourrait réaliser le type exact de la tumeur à myéloplaxes, non seulement cliniquement et macroscopiquement, mais histologiquement.

VI. — La forme hypertrophique pseudo-néoplasique de la tuberculose des gaines tendineuses doit être différenciée de la dactylite syphilitique à forme de tumeur de ces mêmes gaines.

BIBLIOGRAPHIE

Bonhomme. — Thèse. Lyon, 1897.

Bonjour. — Contribution à l'étude des tumeurs tendineuses à myéloplaxes. Thèse, Paris, 1897.

Coudray. — Nouvelle contribution à l'étude de la synovite articulaire d'origine tuberculeuse. Progrès médical, 1904.

Couteaud. — Polype tuberculeux de la synoviale du genou. Académie de Médecine, mai 1905.

Delbet. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, tome I.

— Bulletin de la Société de chirurgie, 1908.

Diterichs. — Inaug. Diss., Saint-Pétersbourg, 1901.

Dor. — Nature infectieuse de certaines arthrites déformantes. Société de biologie, 11 novembre 1893.

Forgue et Massabuau. — La forme hypertrophique pseudo-néoplasique de la tuberculose des gaines tendineuses. Presse médicale, 23 octobre 1909.

Garré. — Tuberculose primitive des gaines tendineuses. Beiträge zur Klinischen Chirurgie, t. VII.

Gougerot. — Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs au bacille de Koch. Cancer et tuberculose ; contribution à l'étude pathogénique des tumeurs lympho-conjonctives. Journal de Physiologie et de Pathologie générale, 1908.

Haumann. — Thèse Bonn, 1897.

Heurteaux. — Les myélomes des gaines tendineuses. Archives générales de médecine, 1890.

Kouzime. — Cité par Mauclaire. Traité de chirurgie clinique, tome III.

Leguey. — Synovite tuberculeuse à forme végétante et hyperplasique. Presse médicale, 1897.

Malherbe. — Congrès français de chirurgie, 1896.

Nicolas, Durand et Moutot. — Dactylite syphilitique à forme de tumeur des gaines avec récidive d'apparence sarcomateuse. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1908.

Noir. — Dactylite syphilitique. Thèse Paris, 1906.

Nicolas et Favre. — Annales des maladies vénériennes, 1907.

— Province médicale, décembre 1907.

Ombrédanne. — Tumeurs des gaines tendineuses. Nouveau traité de chirurgie clinique, 1908.

Potherat. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1900.

Smolch. — Zeitschrf. Chir. 1886, tome XXIII.

Sternberg. — Lipomes articulaires du genou. Thèse Bordeaux, 1894.

Stieda. — Beiträge zur klinischen Chirurgie, XVI.

Tédenat et Martin. — Un cas de tuberculose hypertrophique de l'ovaire. Montpellier médical, mars 1909.

Tichoff. — Russ. chir. Archiv. 1902.

Venot. — Myélome des gaines tendineuses à point de départ osseux. Revue de chirurgie, 1898.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 20 novembre 1909.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 19 novembre 1909.
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !